

様式第2号（第5条関係）

医師意見書

※太枠内は対象者が記入してください。

フリガナ		生年月日
対象者		年 月 日
住所	〒 ー 東近江市	

上記対象者は、下記のとおり、聴力低下のため補聴器の使用が必要であることを認めます。

記

対象聴力	<p>該当するチェック欄（□）に✓印を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 両耳とも中等度（40dB以上70dB未満）以上の難聴</p> <p><input type="checkbox"/> 両耳又は片耳の聴力が40dB未満だが、補聴器が必要</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p>
聴力検査結果	<p>オーディオグラムをこの欄（裏面でも可）に貼付するか、本書の右肩の裏側に留めてください。</p>

年 月 日

医療機関名

医師名

※ この医師意見書は、記入後に対象者へお渡しください。